IZPP Φ INTERNATIONALE ZEITSCHRIFT FÜR PHILOSOPHIE UND PSYCHOSOMATIK
Erstes offenes E-Journal für fächerübergreifende Theoriebildung in Philosophie und Psychosomatik sowie ihren Grenzgebieten
Herausgeber: Wolfgang Eirund und Joachim Heil
ISSN: 1869-6880

Sucht und psychische Komorbidität

Udo Röser, Ina Buttler

Zusammenfassung/Hintergrund

Reflektion eines integrierten Behandlungskonzeptes für drogenabhängige Patientinnen und Patienten mit emotional instabiler Persönlichkeitsstruktur. Einrichtungsbezogene Überprüfung von Einflüssen auf die stationäre Behandlung durch die Integration eines Impulskontrolltrainings.

Die Komplexität der Störungsbilder Drogenabhängigkeit und Emotional instabile Persönlichkeitsstruktur (ICD 10 F 60.30) verlangt für die stationäre psychotherapeutische Behandlung ein kombiniertes und integriertes Vorgehen. Es fehlen nach wie vor ausreichend Studien zur Wirksamkeit von Behandlungsmethodik bei komorbid bestehenden Diagnosen. Zur Unterstützung des Behandlungsverlaufes für Patienten/innen mit Drogenabhängigkeit und Emotional Instabiler Persönlichkeitsstruktur (Impulsiver Typus) wird ein Impulskontrolltraining als indikatives Gruppenangebot in die stationäre Behandlung integriert. Dabei werden gemeinsam mit den Patienten/innen alternative Lösungsstrategien zur Überwindung habitualisierter dysfunktionaler Impulsregulationen gesucht und eingeübt.

Schlüsselwörter

Drogenabhängigkeit, Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Impulsiver Typ), Impulskontrolltraining, Abstinenzorientierung

Summary/Context

Addiction and mental comorbidity. Reflection of an integrated treatment concept for drug dependent patients with emotionally unstable personality structure. Facility-based review of influences on patient care through the integration of an impulse control training.

The complexity of the disorders and drug addiction emotionally unstable personality structure (ICD 10 F 60.30) required for inpatient psychotherapeutic treatment of a combined and integrated approach. Still enough studies on the efficacy of treatment methodology in comorbid existing diagnoses are missing. To support the course of treatment for patients with drug addiction and personality emotional Instability (Impulsive type) an impulse control training group is integrated as an indicative offer in-patient treatment. Here are sought and practiced alternative solution strategies to overcome dysfunctional habitual pulse regulations together with the patient.

Keywords

Drug addiction, emotional unstable personality disorder (Impulsive type), impulse control training, abstinence orientation

Methodik

Das Impulskontrolltraining wurde durch eine einrichtungsinterne Befragung evaluiert.

Methodology
The impulse control training was evaluated by an internal survey device.

Ergebnisse
Die Teilnahme an einem Impulskontrolltraining trägt zu einer Verbesserung im Umgang mit Stress und emotional belastenden Situationen bei. Dies wird unterstützt durch die Entwicklung funktionaler Fertigkeiten zur Impulsregulation, der Erprobung neuer Lösungen im sozialen Umgang sowie der Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit. Zudem zeigen die Auswertungsergebnisse einrichtungsbezogen einen positiven Trend in der Verbesserung der Haltekraft und eine Tendenz zu einer regulären Entlassform.

Results
Participation in an impulse control training bears tend to an improvement in dealing with stressful situations and the acquisition of skills for self-regulation. In addition, the analysis results show a device based positive trend in the improvement of the holding force and a regular release.

Schlussfolgerungen
Die Integration eines Impulskontrolltrainings als indikatives Angebot einer stationären Entwöhnungsbehandlung kann als störungsspezifisches Modul die Gesamtbehandlung des untersuchten Patiententypus positiv unterstützen.

Conclusion
The integration of an impulse control training as indicative offer an inpatient withdrawal treatment can positively support as trouble-specific module the overall treatment of the patient examined type.

1 Einleitung

Psychische Komorbidität bei Suchterkrankungen rückt seit mehreren Jahren immer mehr in den Fokus epidemiologischer Untersuchungen. Verbunden damit ist die Entwicklung und Evaluation adäquater klinischer Behandlungskonzepte. Überblickt man die daraus resultierenden Veröffentlichungen, so scheint sich die Einsicht durchzusetzen, dass die Komplexität des sich im klinischen Alltag spiegelnden Zusammenwirkens von Sucht und psychischer Komorbidität kombinierte und integrierte Behandlungsansätze verlangt (Kienast/Heinz, 2011).

Seit 2009 realisiert das Therapiedorf Villa Lilly in Bad Schwalbach (Hessen)[1] mit insgesamt 85 Behandlungsplätzen ein fachspezifisches Behandlungsangebot für drogenabhängige Menschen mit psychischer Komorbidität. Anlass für die Implementierung dieses Fachkonzeptes war die aus der klinischen Praxis heraus gewonnene und mittlerweile ausreichend dokumentierte Erfahrung eines durchgängig hohen Anteils von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten mit psychischer Begleiterkrankung (Lieb u. Isensee 2002, Vogelsang 2009, Lüdecke 2010).

Zur Unterstützung der therapeutischen Begleitung für Drogenabhängige mit Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung, Impulsiver Typus (ICD 10 F 60.30), wurde ein Impulskontrolltraining in das stationäre Behandlungsangebot der Einrichtung integriert. Untersucht werden soll, in welcher Weise der Einsatz dieses Trainingsprogramms den stationär-therapeutischen Verlauf beeinflusst.

2 Einrichtungsbezogene Daten

Die folgenden deskriptiven Daten (Tabellen 1–4) geben in einem Fünf-Jahres-Fenster Überblick über die einrichtungsbezogene Anzahl drogenabhängiger Patientinnen und Patienten mit psychischer Komorbidität.

Anteil drogenabhängiger Patienten/innen mit psychischer Komorbidität
(Psychische und Verhaltensstörungen, ICD 10, Kapitel V)

Tabelle 1

Therapiedorf Villa Lilly	**2016**	2015	2014	2013	2012
Anzahl der Beendigungen insgesamt	223	238	245	244	250
Davon Gesamtzahl von Patienten/-innen mit komorbiden psychischen Störungsbildern	56	51	60	84	91
Prozentualer Anteil	25%	21%	25%	34%	36%

Häufigste Nennungen psychischer Komorbidität

Tabelle 2

Psychische Störung	**Zuordnung ICD 10**	**2016** (N=57)	**2015** (N=51)	**2014** (N=60)	**2013** (N=84)	**2012** (N=91)
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	F 60.3	**19%** (11)	**25%** (13)	**28%** (17)	**19%** (16)	**21%** (19)
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	F20 – F29	**17%** (10)	**14%** (7)	**8%** (5)	**19%** (16)	**8%** (7)
Rezidivierende depressive Störung	F 32 F33	**19%** (11)	**10%** (5)	**17%** (10)	**19%** (16)	**23%** (21)
Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	F19.5	**12%** (7)	**18%** (9)	**13%** (8)	**12%** (10)	**20%** (18)
Posttraumatische Belastungsstörung	F 43.1	**9%** (5)	**16%** (8)	**5%** (3)	**7%** (6)	**12%** (11)

Auf die in diesem Zusammenhang vorliegende und teilweise umstrittene Trennschärfe der klinischen Einteilung der Störungsbilder nach ICD 10 oder DSM IV und die sich daraus ergebenden Folgen für die Bildung von Patientengruppen in Therapieevaluationsstudien haben Kienast und Heinz (2011) hingewiesen. Zuweisungskriterium für die mit den Patienten/innen vereinbarte Teilnahme an einem Impulskontrolltraining war das im Behandlungsverlauf bestätigte diagnostizierte Störungsbild einer drogenbezogenen Suchterkrankung in Verbindung der psychischen Begleiterkrankung einer Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung vom Impulsiven Typus.

3 Konzeptuelle Implikationen für eine stationäre Behandlung von Drogenabhängigkeit und Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung

Der Behandlungsalltag wird durch die symptomatischen Auffälligkeiten drogenabhängiger Patientinnen und Patienten mit Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung erheblich geprägt. Für eine abstinenzgestützte Behandlung bedeutet dies, dass die dysfunktionalen personalen und interpersonalen Verhaltensauffälligkeiten durch den Wegfall der drogenkompensatorischen Leistungen in starkem Maße zunehmen. Dem kann begegnet werden, wenn das Behandlungskonzept den betroffenen Patientinnen und Patienten von Beginn an störungs- und gesundheitsorientierte Hilfen aufzeigt, die sowohl Behandlern als auch Behandelten Orientierung bieten.

Der Zusammenhang zwischen Abhängigkeitserkrankungen und einer Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung zeigt sich bifokal. So weisen suchtkranke Patienten/innen in nicht unerheblichem Ausmaß eine Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung auf und Patienten/innen mit einer diagnostizierten Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung leiden häufig auch unter Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit.
So geben unterschiedliche Studien für den Anteil an Alkoholabhängigen, die ebenfalls die Kriterien einer Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung (hier vom Borderline-Typus) erfüllen, einen Prozentsatz von 13-54% an (Lindenmeyer, 2005). In einer Studie von Zanarini und Mitarbeitern (Zanarini et al.,1998) zu den Komorbiditäten bei einer Borderline-Störung zeigte bei den 379 befragten Personen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung ein Anteil von 64% zusätzlichen Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit.

Die stationäre Behandlung Drogenabhängiger mit einer Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung, sei es vom Borderline Typus oder vom Impulsiven Typus, erfordert ein Behandlungssetting, das sowohl Antworten auf die Psychodynamik des individuellen Störungsbildes als auch auf das dysfunktionale Interaktionsgeschehen bereitstellt. Es korrespondieren Unzuverlässigkeiten, Regelüberschreitungen, Gewaltbereitschaft, mangelnde Impulskontrolle und Suizidalität (Daig, Bermpohl & Kienast 2011). Zum anderen greifen die komorbiden Störungen ineinander, u. a. dahingehend, dass Substanzen oftmals als „Hilfsmittel“ zur Stress- und Emotionsregulation eingesetzt werden und somit einen dysfunktionalen Lösungsversuch darstellen, Defizite der Stress- und Emotionsregulationsfähigkeiten zu kompensieren. Dies macht deutlich, dass ein Angebot, welches in nicht ausreichendem Maß auf eine Verbesserung der Stress- und Emotionsregulation zielt, für diese Patientengruppe inadäquat erscheint. So sind neben bewährten und klinisch evaluierten Methoden zur Abstinenzsicherung und Rückfallprophylaxe therapeutische Interventionen zur Bearbeitung der spezifischen Defizite der Stress- und Emotionsregulation heranzuziehen. Überzeugung besteht heute darin, dass ein sequentielles Vorgehen der Bearbeitung dysfunktionaler Stress- und Emotionsregulation nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung zu kurz greift, da damit in der stationären Entwöhnungsbehandlung der Umgang mit aversiven emotionalen Zuständen als ein zentraler Risikofaktor für einen Substanzrückfall vernachlässigt werden würde (Ramo & Brown, 2008; Berking, Margraf, Ebert, Wuppermann, Hofmann & Junghanns, 2011; Daig, Bermpohl & Kienast 2011).

Formuliert und zur Anwendung gebracht werden daher Konzepte, die eine kombinierte und integrierte Behandlung der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung anstreben. Uneindeutig ist, welche nachhaltigen Ergebnisse diese integrierten Behandlungskonzepte bei abstinenzgestützter Behandlungsdurchführung erreichen.

Neben der beschleunigten emotionalen Reaktivität (Hyperreaktivität) auf innere und besonders äußere Stimuli als Merkmal der Emotional Instabilen Persönlichkeitsstörung wird eine umfassende Identitätsunsicherheit als

weiteres Kennzeichen dieses Störungsbildes angegeben (Dulz/Helpertz/Kernberg/Sachsse 2011). Diese zeigt sich durch einen Mangel an Zukunftsorientierung, an planerischen Aktivitäten und durchgehaltenen Perspektiven. Unvermittelt aufscheinende Nahziele und kurzfristige Bedürfnisbefriedigung können kaum zurückgestellt werden. Die Folge sind wechselnde Bezugsgruppen und Intimpartner sowie sich häufig ändernde Zukunftsplanungen. Die dominierende Impulsivität überlagert den Aufbau einer stabilen Selbstidentität mit dauerhafter Wertbeständigkeit. In diesem Zusammenhang bekommen die Variablen einer bindungsorientierten Behandlungsfundierung eine besondere Bedeutung. Identität kann sich im bindungsbezogenen Erfahrungsraum der Einzel- und Gruppengespräche sowie des durch die Mitarbeiter/innen und Patienten/innen gelebten und vermittelten sozial- und kulturell akzeptierten Wertekontext einer Einrichtung neu gestalten und ausbilden. Die Effekte dieser Identifizierungsleistungen auf die Behandlung von Drogenabhängigkeit und Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung wurden bisher kaum oder gar nicht wissenschaftlich untersucht.

3.1 Behandlungsplanung

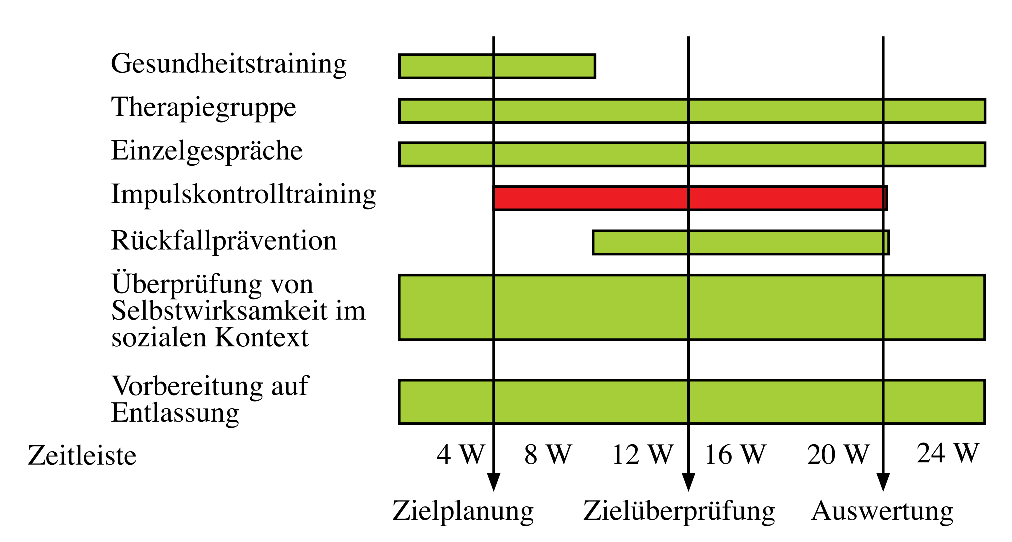
Die Ziel- und Behandlungsplanung (Abbildung 1) versucht, unter Berücksichtigung der umfassenden störungsspezifischen anamnestischen und diagnostischen Ergebnisse gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die Behandlungsziele zu formulieren, die innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens zu einer Verbesserung des Gesamtzustandes beitragen können. Übergeordnetes Ziel ist die Stärkung von Motivation und compliance. Folgende Elemente werden als Orientierungshilfe berücksichtigt:

Ziel- und Behandlungsplanung in Abstimmung mit den Patienten/-innen bis zum 4-Wochengespräch: Überprüfung von Selbst- und Fremdeinschätzung durch die begleitenden Bezugstherapeuten/innen, Gefährdungseinschätzung in Bezug auf Drogenkonsummuster und Selbst- und/oder Fremdgefährdung (Impulsregulation), Festlegung von Behandlungsschritten zur Überprüfung von Selbstwirksamkeit und interpersonaler Sozialkompetenz.

Zielüberprüfung in Abstimmung mit den Patienten/-innen im 12-Wochengespräch: Abstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung zu Behandlungsfortschritten in Bezug zur Abstinenzsicherung, Selbstwirksamkeit im Umgang von Stress- und Impulsregulation sowie die Überprüfung sozialer Kompetenz im interpersonalen Beziehungsgefüge der Einrichtung, Abstimmung und Vorbereitung erforderlicher nachsorgender Leistungen nach Beendigung der stationären Behandlung.

Zielauswertung in Abstimmung mit den Patienten/-innen nach 20 Behandlungswochen: Abstimmung von Selbst- und Fremdeinschätzung zu den vereinbarten Behandlungszielen, Festlegung nachsorgender Leistungen zur Absicherung der Behandlungsergebnisse.

Abbildung 1



3.2 Behandlungsbausteine

Die in Abbildung 1 aufgeführten Behandlungsbausteine begleiten obligatorisch und flankierend die Teilnahme an dem indikativen Gruppenangebot des Impulskontrolltrainings. Sie sind wesentlicher Bestandteil zur Realisierung der vereinbarten Behandlungsziele und geben den Patienten/innen die Gelegenheit, die im Impulskontrolltraining erlernten Fertigkeiten ergänzend und vertiefend zu reflektieren und zu erproben.

Gesundheitstraining (Teilnahme obligatorisch / Dauer: 8-Wochen / Gruppensitzung in Modulform 1 x wöchentlich 90 Min.): Aufklärung über die Komplexität beider Störungsbilder, Vorstellung des kombinierten und integrativen Behandlungsansatzes, Vorstellung wissenschaftlicher Gesundheits- und Krankheitsmodelle psychischer Komorbidität, neurobiologische Erklärungsmodelle, die Bedeutung der Fähigkeit zur Stressregulation (intra- und interpersonal), Aufklärung über das abstinenzgestützte Behandlungskonzept, pharmakotherapeutische Aufklärung, Vorstellung nachsorgender Leistungen zur Sicherung von Behandlungsergebnissen.

Therapiegruppe und Einzeltherapie (Teilnahme obligatorisch und fortlaufend / Gruppensitzungen 2 x wöchentlich 60–90 Min./ Einzelsitzung 1 x wöchentlich 50 Min.): kontinuierliche Überprüfung der vereinbarten Behandlungsziele, Motivationsförderung, Reflektion von Veränderung und/oder Stagnation, Kontrolle und Reflektion von festgelegten Aufgaben (z. B. Führung der Spannungsbögen).

Impulskontrolltraining (Teilnahme per Indikation / Eine Gruppensitzung pro Woche / Zeitraum 8–10 Wochen).

Rückfallprävention (Teilnahme obligatorisch / Eine Gruppensitzung pro Woche / Zeitraum 8 Wochen, 1 x wöchentlich 90 Min.): manualisiertes und standardisiertes Trainingsprogramm, Rückfallverläufe, Identifikation rückfallgefährdender Situationen, subjektive Überprüfung von Distanzierungsleistungen in Bezug auf Drogen und Drogenumfeld, Entwicklung eines Notfallplans.

Überprüfung von Selbstwirksamkeit im sozialen Kontext (Alltagserprobung im Einrichtungskontext / Milieutherapie / Selbsthilfegruppen / Großgruppen mind. 1 x wöchentlich 90 Min.): Identifikation von auslösenden Triggern, Veränderung psychischer und sozialer Bewältigungsstrategien (kontinuierliches Prozessgeschehen im sozialen Alltag der Einrichtung).

Vorbereitung auf Entlassung (obligatorisch, integrativer Bestandteil der Einzeltherapie)

3.3 Behandlungsziele

Die abstinenzgestützte und -orientierte therapeutische Arbeit mit Abhängigkeitserkrankung und Emotional Instabiler Persönlichkeitsstörung verlangt neben der umfassenden Aufklärung über Krankheits- und Störungsbilder sowie der Vermittlung und Erprobung von Techniken zur Selbstregulation und Verbesserung sozialer Kompetenzen im Einzel- und Gruppenkontext auch Phasen der Realitätserprobung im sozialen Binnenraum der Einrichtung oder im sozial-gesellschaftlichen Realraum im Rahmen von Ausgängen und Familienheimfahrten. Diese Phase dient der Überprüfung der erlernten und erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten als Rückfallprävention und Selbstregulation in emotionalen Stresssituationen. So werden z. B. interpersonale Konflikte im Behandlungsverlauf nicht ausgeklammert, sondern symptomatisch vor dem Hintergrund des jeweiligen individuellen Störungsbildes betrachtet. Interpersonale Konfliktverläufe geben wertvolle Hinweise über Fortschritt, Stagnation oder Rückschritte individueller Entwicklungen selbstregulatorischer und interpersonaler Kompetenzen. Es gilt die in Einzel- und Gruppengesprächen entwickelten Fertigkeiten zur Impuls- und Emotionsregulation in Stresssituationen zu erproben, Selbstwirksamkeit oder weiterhin bestehendes defizitäres Verhalten zu erfahren, um daraus neue Erkenntnisse für weitere therapeutisch begleitete Schritte abzuleiten. Die sich im Einrichtungsalltag ergebenden Stresssituationen sind vielfältig und behandlungsrelevant, da diese als therapeutische Marker sowohl den Patientinnen und Patienten als auch den Behandlern Orientierung geben.

4 Indikatives Behandlungsmodul Impulskontrolltraining / Inhalt und Methodik

4.1 Inhalt Impulskontrolltraining

Als Behandlungsziel wird definiert, dass im vorgegebenen stationären Behandlungszeitfenster Verhaltenskompetenzen und interpersonale Fähigkeiten zur Regulation von sich dysfunktional auswirkenden Impulsen fokussiert werden. Des Weiteren soll die Verbesserung von Fertigkeiten zur Selbstregulation sowie zur Stärkung des Erlebens von Selbst- und Fremdwirksamkeit drogenunabhängig erreicht werden. Anliegen der einrichtungsspezifischen Untersuchung war die Überprüfung von behandlungsinternen Einflüssen bei abstinenzgestützter Behandlungsdurchführung durch die Integration des indikativen Behandlungsprogramms Impulskontrolltraining.

Das vorrangige Ziel des Trainingsprogramms besteht darin, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten alternative Lösungsstrategien zur Impulsregulation zu identifizieren und einzuüben. Dabei werden, angelehnt an das von Schröder und Brendel begründete Affektkontrolltraining (2004), sensumotorische, kognitive, emotionale und spirituelle Aspekte berücksichtigt und in das Trainingsprogramm einbezogen.

Der Schwerpunkt liegt auf körperorientierten Gruppen- und Partnerübungen, deren individuelle Erfahrungen in den sozialen Kontext der Gruppe eingebunden und ausgetauscht werden.

Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen
In einem ersten Schritt geht es um die Förderung der körpereigenen Wahrnehmung bzw. der eigenen Achtsamkeit. Die Patienten/innen erhalten die Möglichkeit, in Beispielen verschiedener Konfliktsituationen ihr bisheriges Verhalten zu reflektieren, ihre Handlungsimpulse zu „entschleunigen“ sowie neue konstruktive Copingstrategien zu erlernen. Zudem finden Elemente der buddhistischen Psychotherapie (Ennenbach, 2011) ihre Anwendung, wie z. B. Meditationspraktiken, Atemtraining und humorvoller Umgang.

Impulssteuerung
Kontinuierliches Erlernen und Einüben von Techniken zum Umgang mit aggressiven verbalen sowie körperlichen Impulsen. Dazu gehören die Anwendung der vermittelten Wahrnehmungs- und Achtsamkeitsübungen, die Förderung des Respekts und der Achtung vor dem Anderen sowie die Erprobung von Nähe- und Distanzregulierungen.

Selbstregulation
Übergeordnetes Ziel ist eine Verbesserung selbstregulativer Kompetenzen (Thielen, 2009) im Umgang mit Stress- und emotionalen Belastungssituationen. Dies umfasst die Förderung von Fähigkeiten zur individuellen Stressregulation, zur konstruktiven Lösung interpersonaler Konflikte sowie das damit verbundene Erleben von Selbstwirksamkeit.

4.2 Methodik Impulskontrolltraining
Die methodischen Elemente des Impulskontrolltrainings sind in Abbildung 2 aufgeführt.

Vorbereitung: Die Teilnahme am Impulskontrolltraining wird im Rahmen einer Fallbesprechung festgelegt. Bezugstherapeuten/innen und Trainer/innen des Impulskontrolltrainings bleiben im gesamten Behandlungsverlauf im Austausch über die aktuelle Situation der Patienten/innen. So können krisenhafte Verläufe im jeweiligen Behandlungskontext berücksichtigt werden.

Kontraindikation: Zeitnah erlebte Gewalterfahrungen bergen die Gefahr, dass durch bestimmte Übungen des Impulskontrolltrainings retraumatisierende Reaktionen ausgelöst werden können. Gewalterfahrungen werden in einem Fragebogen erfasst, den die Patienten/innen vor Beginn des Trainingsprogramms auszufüllen haben. Werden zeitnah erlebte Gewalterfahrungen identifiziert, wird von einer vorläufigen Teilnahme der betroffenen Patienten/innen an diesem Trainingsprogramm abgesehen.

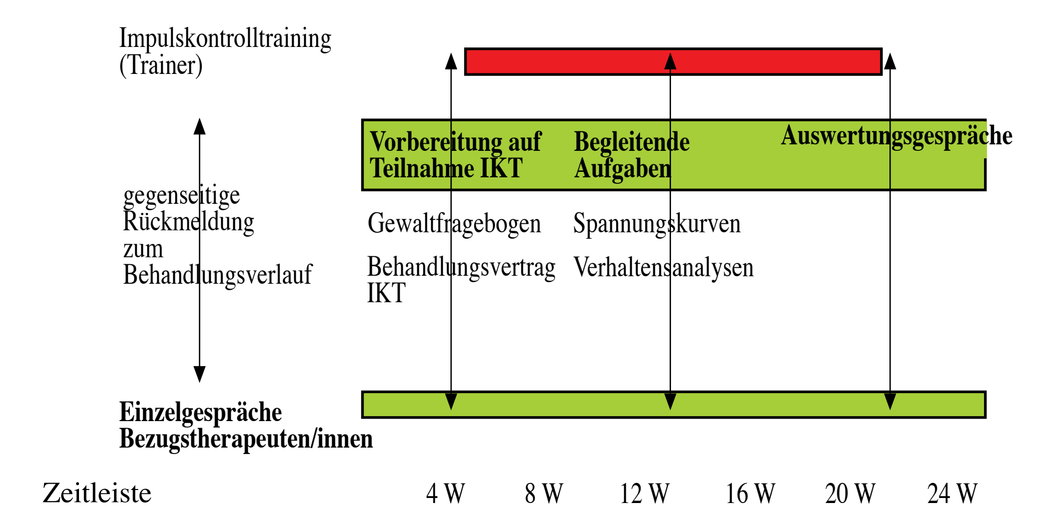
Behandlungsvertrag und Aushändigung von Arbeitsmaterial: Die Vereinbarung zur Teilnahme am Impulskontrolltraining umfasst die Regeln und Hinweise, die für den Zeitraum der Teilnahme verpflichtend gelten. In einem Vorgespräch werden diese Vereinbarungen gemeinsam mit den Patienten/innen erklärt, vermittelt und durch beidseitige Unterschrift bestätigt. U. a. verpflichten sich die Patienten/innen auf den Verzicht von Gewalt, Beleidigungen und Beschimpfungen, auf die Mitarbeit an der Reduzierung selbst- und fremdschädigender
Verhaltensmuster, zur pünktlichen und regelmäßigen Teilnahme, zur Vermeidung jedes nicht vorgesehenen Körperkontaktes und zur Führung von Spannungskurven (Überprüfung individueller Anspannung im Tagesverlauf, Identifikation gehäufter Spannungssituationen), die mit den jeweiligen Bezugstherapeuten/innen in den Einzelgesprächen zu besprechen sind.

Ritualisierter Ablauf: Der Gruppenablauf ist ritualisiert und beginnt mit einer Eingangsrunde zur Festlegung der aktuellen individuellen Anspannung. Er folgt eine sportive Aufwärmphase, dem sich die zentrale Übungseinheit anschließt. Eine abschließende Feedbackrunde endet mit der erneuten Einschätzung des aktuellen Spannungsgrades.

Auswertungsgespräch: Beendet ein/e Patient/in das Trainingsprogramm wird im Rahmen der Gesamtgruppe zunächst die subjektive Einschätzung von Veränderungen zur Impulsregulation und zum Umgang mit Spannungszuständen erfragt. Anschließend erhält er/sie von der Gesamtgruppe und den Trainern/innen Rückmeldungen zu festgestellten Verhaltensveränderungen sowie Anregungen für weitere Entwicklungsschritte.

Abbildung 2

Methodik Impulskontrolltraining



5 Untersuchung

5.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative Studie mit dem Ziel, zu überprüfen, ob in der stationären Behandlung von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten mit der psychischen Begleiterkrankung einer Emotional Instabilen Persönlichkeitsstruktur (ICD 10-GM-2013 F 60.30 – Impulsiver Typ) durch den Einsatz eines Impulskontrolltrainings als indikatives Gruppenangebot sich Veränderungen in folgenden Bereichen zeigen lassen:

_Umgang mit Stress und emotionalen Spannungszuständen
_Funktionale Lösungsstrategien zur Impulsregulation
_Selbstwirksamkeit
_Abstinenzorientierung.

Zur Überprüfung dieses Anliegens wurden 15 Fragen formuliert, die den an diesem Trainingsprogramm teilnehmenden Patienten/innen bei Abschluss der Teilnahme vorgelegt wurden.

5.2 Untersuchungspopulation

Insgesamt nahmen zwölf (weiblich = 6; männlich = 6; Durchschnittsalter = 31 Jahre) Patientinnen und Patienten des Therapiedorf Villa Lilly am Impulskontrolltraining teil. Das Gruppenangebot erfolgte wöchentlich für 60 Minuten. Der Untersuchungszeitraum betrug sechs Monate (erstes Halbjahr 2013). Die Teilnahme erfolgte nach Absprache mit den betroffenen Patientinnen und Patienten, den behandelnden Ärzten/innen und den jeweiligen Bezugstherapeuten/innen.

5.3 Untersuchungsverfahren

Die Untersuchung wurde mittels eines einrichtungsspezifischen Fragebogens durchgeführt, der sich in zwei Teile gliederte. Im ersten Teil wurden Items aufgeführt, die eine mögliche Veränderung im Umgang mit Stress und emotionalen Spannungszuständen zeigen und zur Überwindung bisher habitualisierter dysfunktionaler Impulsregulation beitragen können. Im zweiten Teil wurden Fragen formuliert, die direkt auf die Wirkung im Umgang mit Stress und Suchtverlangen abzielen und somit Hinweise zur Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit ergeben können.

Befragung Teil 1

_Gesteigertes Selbstwertempfinden
_Überblick behalten
_Verringerung des inneren Spannungszustandes
_Verringerung des Aggressionsniveaus
_Neue Lösungen von Konfliktsituationen ausprobieren
_Gesteigerte Achtung vor anderen Menschen
_Aufschub des Handlungsimpulses durch Nachdenken
_Verbesserte Selbstwahrnehmung

Befragung Teil 2

_Sind Sie der Meinung, dass die Teilnahme an diesem Gruppenangebot Ihnen geholfen hat, Ihre persönlichen Möglichkeiten im Umgang mit ihrer Sucht zu verbessern? (Besserer Umgang mit Sucht)
_Sind Sie der Meinung, dass Sie nach Teilnahme an diesem Gruppenangebot Ihren Umgang mit Sucht druck und rückfallgefährdeten Situationen verbessern konnten? (Besserer Umgang mit Suchtdruck)
_Sind Sie der Meinung, dass Sie nach Teilnahme an diesem Gruppenangebot Ihren Umgang mit Stresssituationen verbessern konnten? (Besserer Umgang mit Stress)
_Konnten Sie das Erlernte im Alltag umsetzen? (Umsetzung des Gelernten)
_Haben Sie durch die Teilnahme an diesem Trainingsprogramm Ihre bisherigen Werte überdacht? (Werte überdenken)

Die Patienten/innen wurden aufgefordert auf einer 5-stufigen-Likert-Skala anzugeben, in welchem Ausmaß die Teilnahme an dem durchlaufenen Programm zu einer Veränderung in den erfassten Bereichen beigetragen hat. Die Skala reicht von „Trifft voll zu“ (1) bis „Trifft gar nicht zu“ (5).

5.4 Ergebnisse

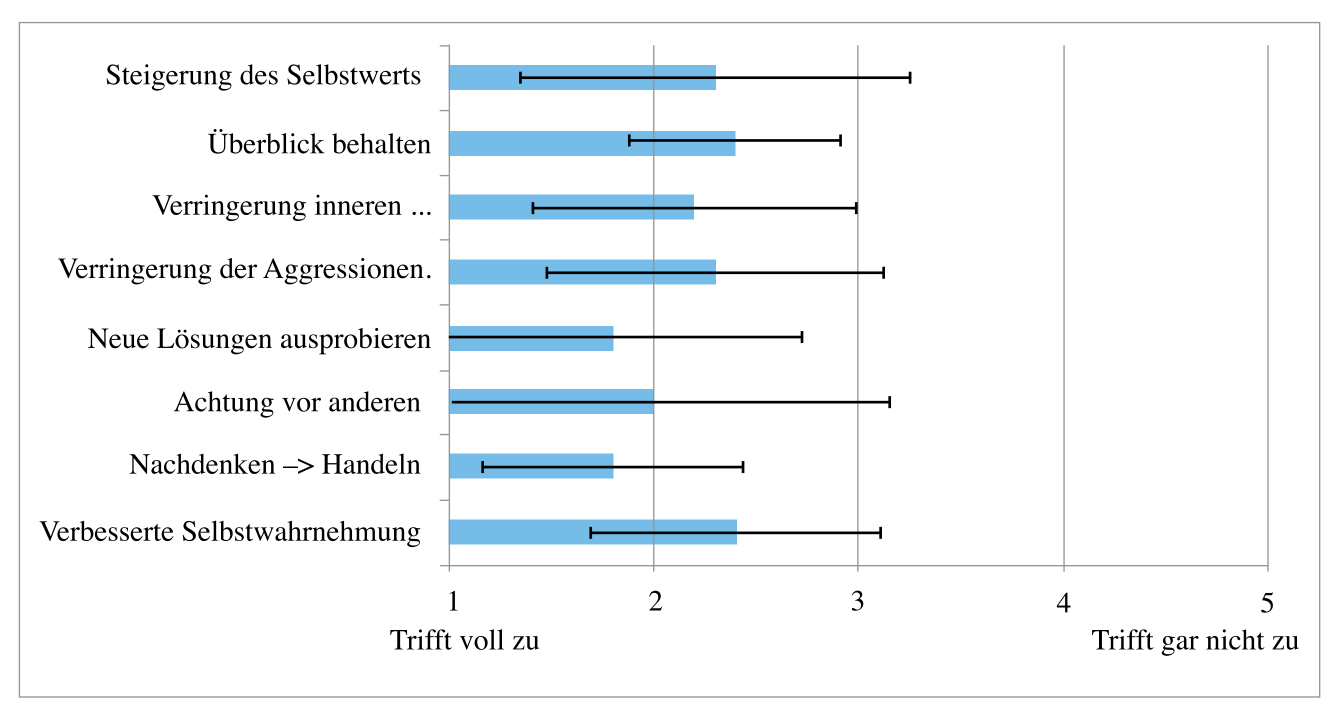


Abbildung 3: Mittelwert der Antworten mit Standardabweichung auf die Befragung **Teil 1**

Aus Abbildung 3 wird ersichtlich, dass die Patienten/innen die Items aus Teil 1 der Befragung mit positiver Tendenz beantwortet haben. Nur ein Patient antwortete auf die Frage nach der Achtung vor anderen Menschen, dass durch die Teilnahme an diesem Trainingsprogramm keine Veränderung eingetreten wäre.

Abbildung 4 gibt die Antworten der Patienten/innen aus Teil 2 der Befragung wieder.
Auch hier zeigen sich wiederum durchweg positive Äußerungen. Ein Patient gab ein negatives Feedback (m = 3.8). Alle anderen Antworten bewegten sich zwischen trifft voll und ganz zu und unentschieden.

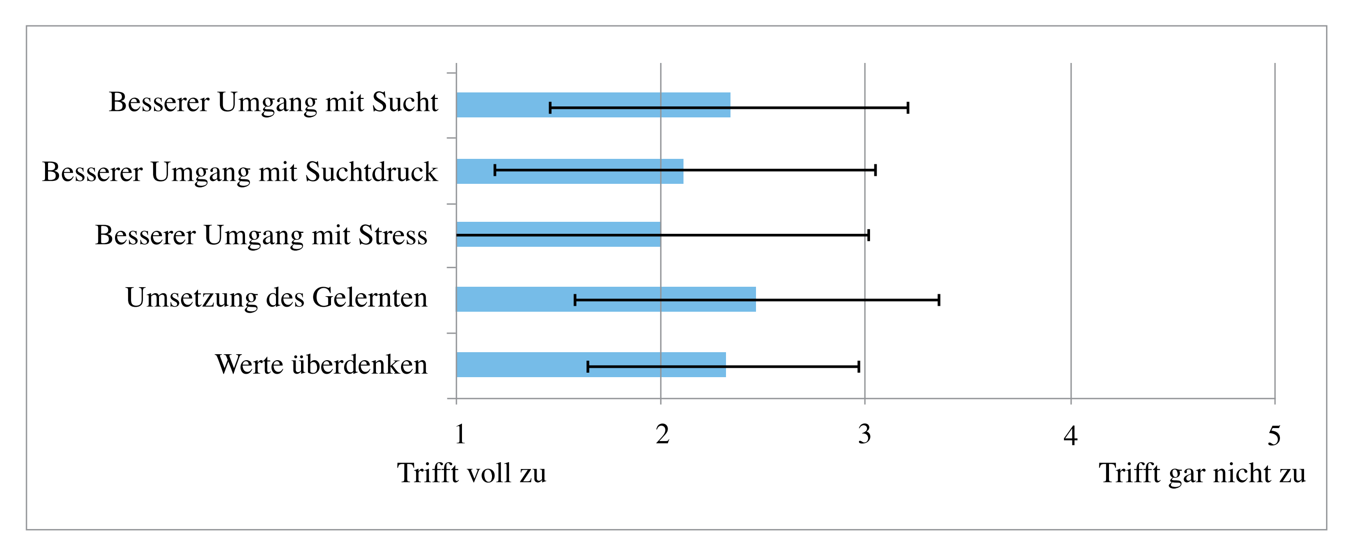


Abbildung 4: Mittelwert der Antworten mit Standardabweichung auf die Befragung **Teil 2**

6 Diskussion

Die Ergebnisse dieser einrichtungsspezifischen Studie weisen darauf hin, dass die Integration eines Impulskontrolltrainings als kombinierter Behandlungsbaustein einer stationären Entwöhnungsbehandlung für drogenabhängige Patienten/innen mit psychischer Komorbidität (Emontional Instabile Persönlichkeitsstruktur vom Impulsiven Typus) einen positiven Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben kann. Die für diesen Patiententypus kennzeichnenden dysfunktionalen Verhaltensweisen (habitualisierter Substanzmissbrauch und/oder selbst- und fremdverletzenden Handlungen) im Umgang mit Stress und emotionalen Spannungszuständen können durch die Teilnahme an diesem Trainingsprogramm in korrigierende und neu eingeübte funktionale Handlungsschritte übergeleitet werden. Die Erfahrungen mit dem Trainingsprogramm scheinen ebenfalls einen Einfluss auf eine verbesserte Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit und auf einen erweiterten lösungsorientierten Umgang mit Suchtverlangen zu haben.

Im Anschluss an diese Arbeit erscheint nun die Durchführung einer randomisierten Vergleichsstudie mit größeren Patientenzahlen wissenschaftlich wünschenswert. Eine solche Studie kann allerdings in einer stationären Versorgungseinrichtung zur medizinischen Rehabilitation nicht durchgeführt werden, ohne dass einzelnen Patienten vorhandene Behandlungskapazitäten vorbehalten werden müssten, was sich aus versorgungsethischen Aspekten verbietet. Um eine entsprechende Fragestellung zu bearbeiten wäre daher die Bewilligung zusätzlicher personeller Ressourcen speziell für die Durchführung einer entsprechenden Studie wünschenswert.

Literaturverzeichnis

Anderssen-Reuter, U. (2011), Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik, 2. Auflage, Schattauer Stuttgart.

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wuppermann, P., Hofmann, S.G. & Junghanns, K. (2011). Deficits in Emotion-Regulation Skills Predict Alkohol Use During and After Cognitive Behabvioral Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79,* 307–318.

Bohus, M. & Wolf, M. (2009). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit*. Stuttgart: Schattauer.

Daig, I., Bermpohl, F. & Kienast, T. (2011). Psychotherapie von Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung mit Abhängigkeitserkrankung. *Sucht, 57,* 363–371.

Dimeff, L.A. & Linehan, M.M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice, 4,* 39–47.

(Dulz B., Helpertz S., Kernberg O., Sachsse, U. (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer.

Ennenbach, M. (2011), Buddhistische Psychologie. Ein Leitfaden für heilsame Veränderungen, 2. Auflage, Oberstdorf.

Fiedler, P. (2007), Persönlichkeitsstörungen, 6. Auflage, Beltz Verlag Weinheim, Basel.

Kienast, T. & Heinz, A. (2011), Wirksamkeit von Psychotherapie bei Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen in komplexen klinischen Konstellationen. Sucht 57 (5), Huber, Bern, 335–336.

Kuntz, H. (2007), Sucht – Eine Herausforderung im therapeutischen Alltag, Klett-Cotta, Stuttgart.

Lieb, R. & Isensee, B. (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, F. (Hrsg.), Doppeldiagonsien. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, Huber, Bern 31–62).

Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

Linehan, M.M. (1996b). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.
Lindenmeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
Lüdecke, C./Sachsse, U./Faure, H. (Hrsg.) (2010), Sucht – Bindung –Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Schattauer Stuttgart.
Ramo, D.E. & Brown, S.A. (2008). Classes of substance abuse relapse situations: A comparison of adolescents and adults. *Psychology of Addictive Behaviors, 22,* 372–379.
Schröder, G., Brendel, T. (2004), Affektkontrolltraining, Books on Demand Norderstedt.
Thielen, M. (Hrsg.) (2009), Körper – Gefühl – Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Psychosozial-Verlag Gießen.
Uchtenhagen, A. (2009), Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke, Suchttherapie Thieme Stuttgart, 10: 75–80.
Vogelsang, M. (2009), Die Behandlungspraxis zwischen Individualisierung und Standardisierung – unter besonderer Berücksichtigung der Komorbidität, Sucht Aktuell 2, Fachverband Sucht Bonn, 12–15.
Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). *Axis I Comorbidity of Boderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry, 155,* 1733–1739.

(Endnotes)

1 Federführender Leistungsträger ist die DRV Hessen. Träger der Einrichtung ist der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. (Frankfurt/Main).

Zu den Autoren

Udo Röser M.A. Diplom-Sozialpädagoge (FH), Studium der Soziologie, Geschichte und Philosophie (M.A.), Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Gestalttherapie und Paarsynthese, Therapeutischer Gesamtleiter der Fachklinik Therapiedorf Villa Lilly, Bad Schwalbach.
Kontakt: udo.roeser@jj-ev.de

Ina Buttler Diplom-Pädagogin, Sozialtherapeutin Integrative Therapie/Suchttherapie, Einzel- und Gruppentherapeutin in einer Klinik für Suchtkranke (Therapiedorf Villa Lilly, Bad Schwalbach).
Kontakt: buttler.ina@googlemail.com